

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**Conocimiento de los principios fundamentales de la
bioética en los médicos de un Hospital IV**

TESIS

para optar grado académico de Magíster en Bioética

AUTOR

Johnny Francisco Casanova Saldarriaga

Lima - Perú

2007

En recuerdo de mis padres:
Manuel Francisco y Ana María

A mi esposa Nila Nora: Compañera de toda la vida
e infatigable colaboradora

A mis Hijos: Ilce Sofía, Bruno Francisco Silvana Nila;
y mis nietos: Xavier Francisco, y Piero Francesco,
estímulos de mi vida

Agradecimiento:

Al Dr. Julio César Alfaro Mantilla,
por su invaluable asesoramiento
en la realización de ésta tesis.

Al Dr. Alberto Perales Cabrera, por
su colaboración en la culminación
de la presente tesis.

INDICE

1. Resumen	4
1.1 Abstract	4
2. Introducción	5
3. Antecedentes	6
3.1 Planeamiento del problema. Marco teórico	6
3.2 La relación clínica	10
3.3 Bioética	15
3.4 Los Principios Fundamentales de la Bioética	17
3.5 El Consentimiento Informado	20
4. Objetivo	21
5. Propósito	21
6. Material y Métodos	21
6.1 Tamaño de la muestra	21
6.2 División en porcentaje de la muestra	24
6.3 Criterios para elaborar el cuestionario de la muestra	25
6.4 Validación de la Prueba y Conformidad de los expertos	26
7. Resultados	31
8. Discusión	36
9. Conclusión	38
10. Recomendaciones	38
11. Referencias Bibliográficas	39
12. Anexos	41
Anexo 12.1	41
Anexo 12.2	49
Anexo 12.3	53

1. RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo tiene por finalidad determinar el nivel de conocimientos que sobre los cuatro principios fundamentales de la bioética clínica enunciados por Beauchamp y Childress, tienen los médicos de diferentes edades, formación médica, estudios de ética médica y categoría médica, que laboran en un Hospital Nacional de Nivel IV, como lo es el Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" de EsSalud.

Metodología: Se efectuó una encuesta en una muestra representativa de médicos de las cuatro especialidades: Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia y Pediatría, mediante un cuestionario validado.

Resultados: 59.72% de médicos que laboran en un Hospital Nacional Nivel IV, presentan desconocimiento de la bioética y sus principios fundamentales.

1.ABSTRACT

Objective: The present study aims to determine the level of knowledge that, the medical physicians of different ages, medical training, studies of medical ethics and medical categories, that labor in a National Hospital (Level IV) as is the National Hospital "Edgardo Rebagliati Martins" Essalud, have on the four fundamental principles of clinical bioethics, enunciated by Beauchamp and Childress.

Methods: A survey on a representative sample of physicians from the four medical specialties: Internal Medicine, Surgery, Gineco-Obstetrics and Pediatrics, was carried out using a validated questionnaire.

Results: 59.72%of physicians did not know about bioethics and its fundamental principles.

2. INTRODUCCIÓN:

Muchas veces en forma quizá involuntaria o, mejor aún, por no haber cultivado las habilidades y actitudes que nos señalan las normas éticas , los médicos no actuamos según los paradigmas de la ética médica, tan importantes para conseguir los beneficios de un aspecto fundamental en la atención de los pacientes y que se resume en algo tan sencillo y complejo a la vez, como es una buena relación médico-paciente, llamada también efecto placebo del médico.

En muchas ocasiones no informamos adecuadamente al paciente acerca de su dolencia, no solicitamos su consentimiento para realizar intervenciones o procedimientos porque quizá lo consideramos improcedente; no solicitamos la información adecuada de su diario vivir. No advertimos en ese momento que tan importante es la cura de la Physis como la evaluación completa de su ser humano bio-psico-social integral, con sus opiniones, deseos, anhelos y carencias; factores tan importantes en la cura de sus dolencias en forma global (11). Sabido es que actualmente ya no debemos actuar con ese paternalismo médico (21) tradicional que ha caracterizado a la actuación del médico desde la época griega, en el siglo V antes de la era cristiana (5), debiendo dar paso a ese derecho tan significativo en la vida del hombre que lo afianza en su propia responsabilidad, que es la autonomía. El médico ya no debe pensar sólo en el hecho de curar y no hacer daño (Principio de Beneficencia y no Maleficencia) sino en proceder siempre pensando que el paciente se merece todo el respeto y consideración (17).

Debido a la escasez del tiempo y al gran volumen de pacientes que atienden en los hospitales, no se lleva a cabo una interrelación adecuada entre el médico tratante y el paciente. Sin embargo el escaso tiempo y la gran demanda no deben ser excusas para no brindar la atención que merece el paciente como ser humano, debiendo adecuarse la buena atención a las circunstancias actuales.

En muchas ocasiones, durante las intervenciones de emergencia tampoco se toman en cuenta las consideraciones bioéticas, que si bien es cierto por la premura de la intervención médica, muchas veces se obvian, no deben ser soslayadas después de la emergencia.

Tras constatar que la historia de la bioética en los últimos 20 años ha sido el desarrollo de la ética secular, Engelhardt escribe que “La esperanza moderna ha consistido en descubrir una moralidad canónica y dotada de contenido, una moralidad que fuese algo más que un mero procedimiento, que vincule a las personas moralmente desconocidas” (9), ó sea personas no afines en sentido moral, religioso o ideológico (20).

Una “moralidad canónica” dotada de contenido es la que proporciona una clara orientación acerca de que es correcto o erróneo, acerca del bien y el mal morales, es decir va más allá de la afirmación de que no puede utilizarse a las demás personas sin su autorización (20).

Hay en todos los hombres ideas morales. Bueno, malo, virtud, vicio, lícito, ilícito, derechos, deberes, obligaciones, culpa, responsabilidad, mérito, demérito, son palabras que emplea el ignorante como el sabio en todos los tiempos y países; este es un lenguaje perfectamente entendido por todo el linaje humano, sean cuales fueran las diferencias en cuanto a la aplicación del significado a casos especiales (2).

Es imprescindible resaltar la importancia de la atención brindada en un hospital nacional nivel IV, ya que a él llegan los casos clínicos más complejos generalmente derivados de otros centros hospitalarios de menor nivel; además se efectúan procedimientos médico-quirúrgicos y exámenes auxiliares más sofisticados, todo lo cual hace que se incrementen las posibilidades de tener problemas Bioéticos.

3. ANTECEDENTES

3.1. Planteamiento del problema. Marco Teórico

A lo largo de la vida, el profesional médico, desde su formación en las facultades de medicina hasta la culminación de su actividad profesional siempre tendrá que estar en contacto con personas de diversas y variadas características: étnicas, sociales, culturales, sexuales, económicas y religiosas, que les imprimen un sello individual y los hacen diferentes entre sí. Esta gran variedad de caracteres constituyen factores muy importantes en la formación de las personas y en las relaciones interpersonales que derivan del hecho de vivir en comunidad. Es por ello que debido a esta multitud de variantes, resulte lógico que haya diversidad de criterios acerca de la forma en que se deben conducir las acciones de cada individuo.

Las relaciones interpersonales siempre han sido difíciles de manejar, más aun si agregado a los factores antes mencionados, se suma la falta de colaboración para lograr la fluidez en dichas relaciones.

El enfermo, por su estado, es una persona disminuida en sus capacidades físicas y en muchos casos intelectuales, que hacen que sus reacciones y respuestas se alejen de los parámetros de normalidad. Merece por lo tanto un tratamiento psicosomático adecuado, que incluye no solo la terapia sino la dosis de afecto y confianza, imprescindibles en esta hora de necesidad.

El fenómeno bioético como manifestación de una preocupación ética, es reciente pero bastante diversificado en su desarrollo (19). Las condiciones de su origen nos revelan un fuerte sentido de defensa y salvaguarda del hombre, en la singularidad de su individualidad y en la universalidad de su humanidad, junto a una afirmación inequívoca del respeto que la condición humana exige y del valor incondicional del propio hombre. Lejos de cualquier tendencia narcisista, ó solamente de la adopción de un punto de vista restringido sobre el hombre, su atención se orienta en el sentido de imponer límites en el vasto campo de la investigación científica aplicada a la vida, a fin de salvaguardar la persona humana, o sea el ser humano en la multiplicidad de su modo de ser y de existir.

La naturaleza de la Bioética, como ética aplicada en rápida expansión, así como la generalización de inquietudes suscitadas por los avances de la biotecnología, en su progresiva institucionalización, y la proliferación de reglas de acción sobre la vida, favorecen una tendencia tecnicista o funcionalista de la Bioética, conducente a una excesiva objetivación de las circunstancias de acción y a una excesiva regulación y orientación del quehacer humano (19).

Es necesario tomar en cuenta que la Bioética es también, y primariamente, reflexión en cuanto a exigencia de fundamentación de comportamiento. No basta pues establecer como se debe actuar, o sea: formular normas de acción (moral). Interesa más bien mostrar por qué se debe actuar de esa manera, es decir, determinar los principios de acción moral (ética) (2) (19).

Las circunstancias generales que han acompañado el origen y el desarrollo de la Bioética en las regiones del mundo en las cuales esto ha ocurrido, son en muchos aspectos similares. No obstante la bioética se ha desarrollado bajo expresiones diversas, tales como la angloamericana y la europea, especialmente debido a la influencia de sus

tradiciones filosóficas que condiciona en forma diferente el espíritu analítico y crítico de sus sociedades (17).

El panorama filosófico angloamericano está claramente dominado por el pragmatismo, que se desarrolla como corolario del empirismo de Francis Bacon, del utilitarismo de Jeremy Bentham y de John Stuart Mill, y que evolucionará después hacia el positivismo lógico. Como reacción a esta orientación dominante encontramos a otra personalidad de enorme prestigio, John Rawls, y su reflexión sobre la justicia como equidad (fairness). De esta manera tiende a asumirse una vertiente consecuencialista que de acuerdo con su propia denominación, considera los resultados de la acción para determinar su estatuto moral. El criterio utilitarista es el único a ser considerado en la moralidad de los actos. (19) La tradición empírica, pragmática y utilitarista de la filosofía angloamericana da origen a una Bioética con una orientación individualista, sensible a valorar deberes y derechos con una perspectiva particularmente preocupada en los microproblemas de naturaleza consecuencialista y relativista.

La filosofía europea, se caracteriza por diferentes posiciones basadas en distintas tendencias como son: la fenomenología, el existencialismo y la hermenéutica, conduciéndose hacia una Bioética con una orientación social, particularmente sensible a cuestiones de equidad en una perspectiva que privilegia los macroproblemas, asumiendo una naturaleza racionalista y deontológica. (19)

En el caso de América Latina se torna más difícil de lograr una sistematización rigurosa y significativa, debido a varios factores como son: la más reciente expansión de la Bioética y la mayor diversidad del nivel de desarrollo en los diferentes países. Simultáneamente es importante considerar que el progreso biotecnológico y las condiciones para su financiamiento varían bastante entre los países de América Latina, que los desequilibrios sociales y, consecuentemente, los desniveles de educación de la población son mucho más acentuados, lo cual en su conjunto impone discrepancias significativas en la sensibilidad a los temas fundamentales de la Bioética. (19). Estos temas se mantienen en común pero se aprecia una mayor preocupación legalista y una más marcada intención educativa dirigida a las profesiones de la salud, y en particular a la clase médica, que lo que ocurre en América del Norte o en Europa. El punto de vista latinoamericano muestra una mayor proximidad con el angloamericano, sobre todo en lo que se refiere a los modelos de análisis empleado, lo que no es extraño por el hecho de que muchos

profesionales superiores e intelectuales complementaron su formación en los Estados Unidos. Entre tanto, el sentido crítico que va aumentando su expresión, incidiendo particularmente en el énfasis atribuido a algunas problemáticas en detrimento de otras, se aproxima más a una sensibilidad europea, que en su cultura latina y con valores católicos, que tradicionalmente han influido en la formación del modo de ser y de sentir de los pueblos latinoamericanos.

Desde sus orígenes la bioética ha atraído la colaboración de pocos científicos sociales, y los métodos científicos sociales de recoger datos empíricos permanecieron poco familiares para los eticistas. Recientemente sin embargo, las nubladas relaciones entre las perspectivas empíricas y normativas de la bioética están cambiando. Tres razones explican porque no hubo una fácil y consistente entrada de la evidencia empírica a la bioética. Primero, el dialogo interdisciplinario corre el riesgo de suscitar problemas de comunicación y objetivos divergentes. Segundo, las ciencias sociales estuvieron ausentes desde el inicio de la bioética. Tercero, la distinción meta-ética entre “es” y “debe” creó una barrera entre las disciplinas. Hoy la bioética tiende a acomodar más investigación empírica. Tres hipótesis explican esto. Primero, la insatisfacción de una interpretación fundamentalista de la ética aplicada creó un estímulo para incorporar la investigación empírica en la bioética. Segundo, los eticistas clínicos se comprometieron en la investigación empírica debido a su fuerte integración en el campo de la medicina. Tercero el arribo del paradigma de lo basado en la evidencia empírica tuvo una influencia en la práctica de la bioética. Sin embargo una relación problemática no puede simple y fácilmente evolucionar hacia una perfecta interacción. Se ha levantado un clima nuevo y positivo para los acercamientos empíricos, pero las dificultades originales no han desaparecido. (4).

En 1998 Albert Jonsen observó cómo la teología y la filosofía presidían el nacimiento de la bioética y moldeaba el movimiento bioético. Cada uno trajo una tradición y perspectivas distintas, junto con habilidades analíticas agudizadas por sus respectivas disciplinas. Juntas produjeron una amalgama de ideas, métodos y estructuras educacionales que se convirtieron en la bioética. Pero el campo era interdisciplinario (15). Médicos, Abogados, Enfermeras y Científicos sociales fueron colegas activos de Filósofos y Teólogos. Existe relación entre temas de la literatura sociológica, empírica o experimental con la bioética normativa (22).

Desde su origen la tarea de la ética ha sido buscar el entendimiento de cómo los seres humanos deben actuar y que clase de vida es mejor para las personas (24).

3.2. La Relación Clínica

Se denomina relación clínica a la que tiene lugar entre alguien que considera que su salud esta amenazada y un profesional sanitario. Este es un encuentro y puesta en contacto entre dos personas (6).

Clásicamente se ha conocido este encuentro con el nombre de relación medico-enfermo (REM). Hoy sin embargo, se utilizan otras denominaciones tales como la de relación usuario-sanitario (RUS) que plantea Diego Gracia, ya que el médico no es el único sanitario que hay y por otro lado no siempre el que consulta es un enfermo. El objeto de su consulta es, precisamente determinar si está o no enfermo. Se habla así de la relación “sanitario usuario” (RUS) (12). En la REM o en la RUS intervienen, al menos, dos tipos de personas, el sanitario (S) y el usuario (U). Pero ciertamente hay más. A estas se les engloba en el grupo heterogéneo de las denominadas “terceras partes” (O); a este grupo pertenecen la familia, los amigos, y allegados, y la propia sociedad. Todas esas personas entran en relación porque el sanitario (S) consideró que alguien, (U), tiene necesidad de sus servicios ó porque alguien considera que necesita de los servicios sanitarios. Puede llamarse a este requerimiento necesidad. La necesidad mas significativa es sin duda la que crea la enfermedad (↓).

Según esto, en la RUS intervienen siempre cuatro factores, que son: S, U, O, ↓ (6) (12)

Analizando lo anteriormente expuesto y situándonos en la perspectiva de la expresión correcta, vemos que el término mas adecuado es el utilizado en el idioma inglés como “Clinical Encounter” o encuentro clínico o relación clínica donde incluimos toda la parte sanitaria incluso la medicina preventiva, y con respecto a lo correspondiente al sujeto incluimos su condición de usuario, paciente y enfermo. (10)

Los elementos de la relación clínica básicamente son cuatro:

1. Los profesionales de la salud (el personal de salud)
2. El usuario, paciente ó enfermo.
3. Las terceras partes: personas físicas o personas jurídicas.

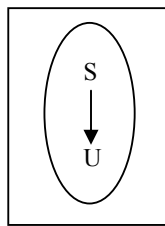
Por ejemplo, la familia, los amigos, el estado.

4. Necesidad de salud.

Estos elementos se articulan formando estructuras.

Los cuatro factores antes expuestos pueden ordenarse de diferentes maneras dando lugar a diferentes tipos de RUS. Así de acuerdo al ordenamiento establecido tenemos las siguientes estructuras, que según Diego Gracia pueden graficarse así:

- 1) RUS "Paternalista" o "Monárquica": es una relación vertical asimétrica con el sanitario en el polo superior y el usuario en el polo inferior. El primero ejerce un rol autoritario, mientras que el segundo asume un papel de obediencia. (6) (10)



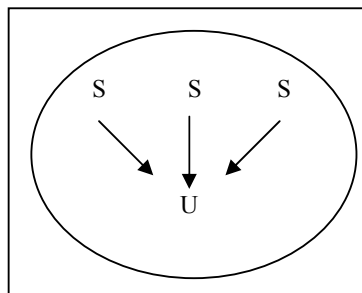
S = Sanitario

U = Usuario

↓ = Enfermedad

○ = Terceras partes

- 2) RUS "Oligárquica": Dominación del paciente por un grupo de profesionales más o menos numeroso. Propia de la medicina en equipo. (6) (10)



S = Sanitario

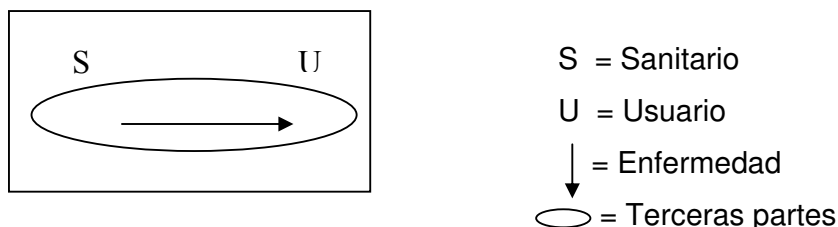
U = Usuario

↓ = Enfermedad

○ = Terceras partes

- 3) RUS "Democrática": Es una relación horizontal en la cual las dos partes son activas. Ahora ya no hay una sola ética, la del médico, regida por el principio de no maleficencia, si no también otra, la del enfermo, basada en el principio ético de la autonomía.

Esta RUS Horizontal o “Democrática” es propia de la medicina actual.



Desde los escritos hipocráticos se menciona una triada famosa: El médico, el enfermo y la enfermedad y en ellos también se especifica que el médico y el enfermo deben unirse para combatir la enfermedad. (12)

El modelo de la relación médico – enfermo ha permanecido prácticamente inmutable desde la antigüedad hasta hace más ó menos 25 años. Pero en estos últimos 25 años esta relación ha experimentado más cambios que en los 25 siglos anteriores. (23) El paternalismo característico de la profesión médica, según el cual el médico es experto y sabe más del enfermo que el enfermo mismo, proviene de la noción de que el enfermo es “infirmus” (carente de firmeza) (18) y no tiene el saber formal que el médico posee, administra y comunica. Más aun según la tradición de la cultura occidental el médico es un letrado, un físico, que ha adquirido y heredado un saber, es por lo tanto docto, Doctor. Desde los orígenes de la medicina racional hasta el siglo XX la relación médico – enfermo (M – E) había seguido un modelo paternalista. (23) Del enfermo se esperaba obediencia, confianza y gratitud, mientras que del médico se esperaba autoridad y cumplimiento de sus deberes profesionales las cuales consistían en buscar el máximo beneficio del enfermo y sobre todo no ocasionarle daño. En esto deben estar inmersos dos principios fundamentales de la bioética como el principio de Beneficencia y no Maleficencia. En la segunda mitad del siglo XX este modelo vertical y paternalista (23) se empieza a horizontalizar volviéndose más autonomista. Es así como actualmente el enfermo espera

autonomía para decidir, respeto a sus derechos, (principios fundamentales de autonomía y justicia de la bioética).

Del médico se espera competencia técnica y aceptación de la autonomía del enfermo.

Se entiende por paternalismo en general la “búsqueda del bien de otra persona desde un nivel de preeminencia que permite prescindir de la opinión de esa otra persona”. Este ha sido el fundamento del “principio de beneficencia al enfermo” que ha formado siempre parte de la tradición médica. Se atendió primero a los criterios y valores del médico, antes que a los deseos u opciones del enfermo capaz de decidir. En el nuevo modelo autonomista el principio de beneficencia del médico está limitado por la autonomía que tiene el enfermo para decidir según sus propios valores.

El paternalismo sólo se pudo superar a través de un largo proceso histórico de cambio de todas las relaciones humanas. Este proceso desarrolló la concepción autonomista del ser humano que eventualmente llegó a la medicina. ¿Como fue este desarrollo de la concepción autonomista del ser humano? Pues bien, si nos remontamos a la antigüedad clásica o a la Edad Media, observamos que el arquetipo de todas las relaciones humanas era “vertical”, se inspiraba en la relación del padre con sus hijos y este arquetipo se visualizaba en todos los ámbitos de la actividad humana, vale decir la familia, el trabajo, la política, la filosofía y la religión. (23)

Ya en la edad moderna comienzan a manifestarse nuevas necesidades de libertad para el individuo. Estas necesidades fueron motivadas por el desarrollo del comercio y de la producción artesanal independiente. Se comienza a considerar como ideal otro tipo de relación más horizontal y el modelo a imitar no fue solamente el del padre con sus hijos, sino el de las relaciones que se establecen entre individuos adultos e iguales. Así los modelos paternalistas fueron desapareciendo sucesivamente en distintos ámbitos de las relaciones humanas.

Surge la reforma protestante, los ideales paternalistas empiezan a ser cuestionados en el ámbito de la religión; se establecen valores antijerárquicos y se insiste en el libre examen. Como consecuencia de este proceso surgen los principios de tolerancia, libertad religiosa y libertad moral.

Se cuestionan también las ideas paternalistas en el ámbito político. Las modernas teorías políticas contractualistas, las declaraciones de derechos humanos y los principios

liberales y democráticos en general fueron expresión de los planteamientos autonomistas modernos.

En el siglo XIX el filósofo John Stuart Mill nos brindó una importante base teórica contra el paternalismo. En 1859 afirma: “La única libertad que merece este nombre es la de buscar nuestro propio bien, por nuestro camino propio, en tanto no privemos a los demás del suyo..., sobre si mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano” (21).

Sin embargo este movimiento pluralista, autonomista y democrático que ha sido inspirado de las sociedades occidentales desde hace varios siglos no ha llegado a la medicina sino hasta fechas muy recientes.

Modelos de la relación médico – paciente ó medico – enfermo:

Según las relaciones que se establezcan pueden definirse los siguientes modelos: (18)

- El modelo **Contractual**: Destaca la dimensión de acuerdo o contrato, mayor o menor según el contexto.
- El modelo **Amical**: Destaca la benevolencia y la beneficencia que siempre se predicen en la profesión médica.
- El modelo **Magisterial**: Destaca la expectativa de que los doctores enseñen.
- El modelo **Pastoral**: Destaca la expectativa de que los doctores prediquen sobre la salud y bienestar.
- El modelo **Tecnocrático**: Destaca la esperanza, en situaciones de riesgo y desesperación de que los médicos obren milagros.

“Hay situaciones en las cuales discernir y separar dimensiones es difícil. Analíticamente, uno de los trabajos de reflexión que se espera de la bioética y sus disciplinas limítrofes es la identificación de los deseos, fantasías y esperanzas que cada modelo conjura”. (18).

3.3. Bioética

Para poder hablar de principios y más aún de principios fundamentales de algo, es necesario primero compenetrarnos en el significado de ese algo, en este caso del término BIOÉTICA, aparentemente joven pero de muchos años de existencia en los cuales fue tomado en cuenta en forma muy superficial por la mayoría de los seres humanos.

En principio analicemos la etimología de la palabra Ética. Ella procede del vocablo ETHOS que posee algunos significados fundamentales: el más antiguo de ellos fue “Residencia”, “Morada”, ó “Lugar” donde se habita. Se uso primariamente en poesía, y referencia a los lugares donde viven o crían a los animales, a los lugares habituales o propios de ellos, sus madrigueras y sectores de alimentación.

Posteriormente este concepto adquirió otro matiz; mantuvo el sentido del “Lugar”, pero no exterior o físico sino interior, entendiéndose este como una “actitud interior”, que sería el suelo firme, el fundamento del actuar, la raíz de la que brotan todos los actos humanos. (25)

Se cambió así el enfoque desde el lugar o morada a una disposición o actitud que estaría en el interior del hombre desde donde emergería hacia afuera (sociedad) en forma de conductas o comportamientos morales.

Aristóteles fue el que impuso la acepción con la que actual y tradicionalmente se ha encarado y comprendido el concepto de ética. Según este autor significa “modo de ser” ó “carácter”. El modo de ser ha de entenderse “forma de vida” la cual se verifica en la adquisición de un “carácter” particular, que se va apropiando, incorporando a lo largo de la vida (25)

EL ETHOS constituye una segunda naturaleza.

Comenta Aristóteles refiriéndose a las virtudes éticas morales: “Las virtudes no nacen en nosotros ni por naturaleza ni contrariamente a la naturaleza sino que siendo nosotros naturalmente capaces de recibirlas, las perfeccionamos en nosotros por la costumbre”.

“Existen pues, dos clases de virtud, la dianoética y la ética. La dianoética se origina y crece principalmente por la enseñanza, y por ello requiere experiencia y tiempo; la ética en cambio procede de la costumbre” (1)

Es necesario tomar en cuenta que la conciencia moral no nace, se hace, por lo que es necesario educarnos en doble vertiente: 1) Entendimiento: conocer lo que conviene hacer.

2) Voluntad: Estar decidido a hacerlo. (19)

Si tomamos el diccionario de la Real Academia Española en su vigésima primera edición, encontraremos la definición de Bioética como sigue: “Disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos”. (7)

El diccionario enciclopédico Larousse define a la bioética como: “Conjunto de principios y normas que regulan la actuación humana con respecto a los seres vivos”. (8)

Este término fue introducido en la literatura científica en el año de 1971 por el Oncólogo Estadounidense Van Rensselaer Potter en un libro publicado por él titulado “Bioethics Bridge to the Future”. También en 1971 Warren T. Reich convoca a unos 285 doctores a escribir la “Encyclopedia of Bioethics” que aparecería en 1978. Alrededor de 1971 se funda en la Universidad de Georgetown Washington el “Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics” que luego se transformaría en el Kennedy Institute of Ethics. (17)

Es necesario sin embargo ser concientes que bajo el término “Ética Médica” se ha entendido un conjunto de normas de comportamiento para los miembros de la profesión en sus relaciones con quienes demandan sus servicios y en las que mantienen entre sí”. (17)

Vemos pues que existen ciertas diferencias en cuanto al significado de estos dos términos y es que la Bioética abarca campos más amplios y profundos y por ello en muchos Centros europeos las Cátedras o Institutos de Historia de la Medicina y de las Ciencias reorientan su actividad hacia la Bioética, la que así se convierte en la disciplina fundamental de las “Humanidades Médicas”. La extensión de la Bioética a todos los países del Continente Americano ha sido muy rápida insertándose en las Instituciones de enseñanza e investigación. (17).

La Bioética tiene gran relación con las evoluciones socioeconómicas del mundo y vale decir que a medida que avanzan los conocimientos y la tecnología aumentan los problemas Bioéticos que el hombre tiene que afrontar.

Potter, el formulador del término, aspiraba a generar una disciplina que combinara el conocimiento biológico (bio) con el conocimiento de los sistemas de valores humanos (ética) intentaba crear un modelo de pensamiento integrador. (17)

El que suscribe ha tenido la enorme satisfacción de haber concluido la Maestría Internacional de Bioética organizada por la Organización Panamericana de la Salud y la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos en coordinación con el Gobierno Español a través de la Universidad Complutense de Madrid. Ha tenido la suerte de tener profesores de la talla y saber del Dr. Diego Gracia, Dr. Miguel Sánchez, Dra. Adela Cortina, Dr. Fernando Lolas, y muchos más. Ellos son autores de diversos libros relacionados con la Bioética, y gracias a sus enseñanzas se atreve a dar una definición personal de lo que se entiende por Bioética; la defino así: “Disciplina científica que se encarga de la evaluación de la conducta humana en relación a la vida, los seres vivos, la salud y la investigación, a la luz de principios, valores, actitudes, derechos y deberes”.

3.4. Los Principios Fundamentales de la Bioética:

Pasemos ahora sí, a describir en forma sencilla, precisa y concisa los cuatro principios fundamentales de la Bioética enunciados por Tom Beauchamp y James Childress a través de su obra “Principles of Biomedical Ethics” publicado en 1979. (3)

- 1. Autonomía.-** Según este principio se admite la libertad que tienen las personas para tomar decisiones que afecten a su propio cuerpo. Una persona actúa con autonomía cuando tiene independencia respecto de controles externos y capacidad para obrar de acuerdo a su propia elección. “Normalmente lo que se juzga al considerar la autonomía es el grado de intencionalidad de los actos, la comprensión que de ellos tiene la gente y la ausencia de coerciones o limitaciones”. (17) (21)

Es inapropiado confundir la autonomía con el individualismo. Beauchamp y Childress formulan el principio en forma negativa: “las acciones autónomas no deben estar sometidas a limitaciones controladas por otros”. (3)

Según este principio se debe respetar la privacidad de otros, aportar información fidedigna cuando se solicita, pedir permiso para intervenir sobre el cuerpo de las personas. Toda esto da lugar al llamado “Derecho al consentimiento informado”. (16)

- 2. No Maleficencia.-** Este principio impone al médico la obligación primaria y prioritaria de no perjudicar al enfermo ni dañarle intencionalmente. Es el más básico y fundamental de la ética médica (21).

El concepto de daño o mal cubre muchas esferas de la vida y alude a diversos cuerpos de creencia y doctrina. Así pues, para la medicina griega era malo todo lo que fuere contra el orden de la naturaleza. Para los Romanos poseedores de tradiciones impregnadas de juridicidad, malo era lo que contraría la ley. En un contexto religioso medieval, malo es lo que contraviene el orden divino. (17)

Una de sus más antiguas versiones se encuentra en el precepto hipocrático “Primum non nocere”, “Primero no hacer daño” y otros preceptos que tienen siempre vigencia como: “No matar” “No causar sufrimientos a otros”, “No ofender”. Estos son preceptos absolutos que se pueden especificar de acuerdo al contexto. (16) (17)

- 3. Beneficencia.-** Establece la obligación, en el médico, de procurar el máximo beneficio al enfermo. Es necesario tener en cuenta la valoración del beneficio que realiza el propio enfermo. Este principio de beneficencia considera la utilidad que consiste en un balance optimizado entre lo negativo y lo positivo, tomados conjuntamente. Aquí aprendemos que también se beneficia alguien, si al recibir algo, debe dar algo en retribución. La utilidad es la diferencia en “plus” que recibe. Este concepto alude a actos, no a actitudes. Recordemos que cuando una actitud es positiva se le reserva el término “Benevolencia”. “El principio de beneficencia impone la obligación moral de actuar en beneficio de otros”. (17)

Entre las reglas de conducta derivables de un principio de beneficencia general tenemos: “Proteger y defender los derechos de otros”. “Ayudar a quienes están discapacitados”. “Colaborar en alejar peligros que amenazan a otros”. Son incitaciones positivas a modos de obrar o acciones concretas (16) (17)

En el caso de la medicina, ella busca el bien del que sufre, sea quien fuere y en cualquier circunstancia.

- 4. Justicia.-** Obliga a distribuir los recursos sanitarios, los beneficios y las cargas en forma equitativa entre todos los miembros de la sociedad. Este principio obliga básicamente a los administradores y a los responsables de las decisiones macroeconómicas, pero también obliga de alguna medida al Médico Clínico. Uno

de los factores que son materia de preocupación en la actualidad que interfieren directamente en este principio son los costes sanitarios constantemente crecientes.

Se dice que un trato es justo cuando es equitativo y merecido. Si esta reflexión la ampliamos a toda la sociedad se encuentra el concepto de justicia distributiva que se refiere a la distribución ponderada, equilibrada y apropiada de los bienes y cargas sociales basada en normas que detallan el sentido y el fin de la cooperación social. (16) (17)

Como apunta Peter Singer la única igualdad posible debería proceder del respeto a los intereses de cada uno más que de una arbitraria compensación de las diferencias iniciales. (17). Los seres humanos si bien no son iguales, poseen igual valor. (22)

Estos principios fundamentales de la bioética presentan ciertas dificultades cuando son aplicados a los casos concretos, debido a que: (21)

- A. No pueden considerarse absolutos y siempre pueden encontrarse excepciones.
- B. Son orientativos y a veces resultan insuficientes para tomar decisiones en los casos más difíciles y pueden suscitar problemas de interpretación.
- C. En ocasiones entran en conflicto entre ellos.

Para resolver este problema el doctor Diego Gracia ha jerarquizado los principios en dos niveles. En un primer nivel, de carácter más absoluto, se hallan los principios de No Maleficencia y Justicia, y en un segundo nivel encuentra los principios de Beneficencia y Autonomía. Este segundo nivel indicaría las obligaciones que deben respetarse después de haber atendido a los principios anteriores (21).

La Bioética puede aportar sus métodos de análisis y procedimientos de toma de decisiones frente a conflictos mediante instrumentos como protocolos, directrices éticas, directivas anticipadas confeccionadas por el paciente y comités de ética (21)

- La Bioética en los últimos años se ha traducido en cambios sustanciales en cuanto a la relación Médico – Paciente ó Médico – Enfermo y en la toma de decisiones habituales,

introduciendo el llamado “Derecho al Consentimiento informado” y ha promovido el cambio del tradicional modelo sanitario paternalista por un modelo más autonomista donde el enfermo consciente y capaz reclama su derecho a la información total a fin de tomar decisiones sin coerciones ni limitaciones en beneficio o perjuicio de su persona. (16) (21)

3.5. El Consentimiento Informado

El Consentimiento Informado de un enfermo es la aceptación de una intervención médica por un paciente en forma libre, voluntaria y consciente; después de que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios y para asumir este consentimiento el paciente debe reunir ciertas condiciones:

- Disponer de una información suficiente
- Comprender la información adecuadamente
- Encontrarse libre para decidir de acuerdo con sus propios valores
- Ser competente para tomar la decisión en cuestión (21)

La primera vez que se aplicó el término “Consentimiento Informado” a la relación Médico-Paciente, fue en 1957, en un juicio realizado en los EUA en el que se juzgaban las responsabilidades por una paraplejía producida por una aortografía translumbar, cuyos riesgos no habían sido advertidos previamente al paciente.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó en 1976 un documento que reconocía el derecho a la información entre los derechos básicos de los enfermos.

En los años ochenta han ido desarrollándose las distintas legislaciones nacionales europeas sobre el Consentimiento Informado.

4. OBJETIVO

Determinar el nivel de conocimientos que sobre los cuatro principios fundamentales de la Bioética Clínica, enunciados por Beauchamp y Childress, tienen los médicos que laboran en el Hospital de cuarto nivel, “Edgardo Rebagliati Martins”.

5. PROPOSITO

El propósito principal del presente trabajo es efectuar la evaluación de la situación actual, en cuanto a conocimientos de Bioética, que poseen los médicos de las cuatro grandes especialidades médicas que laboran en un Hospital nivel cuatro, vale decir un Hospital Nacional, y que son las siguientes: Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-obstetricia y Pediatría. Estas cuatro especialidades son las que en general y más frecuentemente tienen mayor contacto directo con los pacientes y familiares de los pacientes, en especial durante sus guardias en Emergencia, y son las más representativas en la relación profesional médico - usuario ó profesional médico – familiar de paciente.

El presente trabajo, al investigar la situación actual del conocimiento de la Bioética y de sus principios fundamentales, trata de hacer un diagnóstico situacional y extraer algunas sugerencias que puedan colaborar al mejoramiento de la calidad de atención al paciente y mejorar la imagen institucional.

6. MATERIAL Y METODOS

6.1. Tamaño de la muestra

Para calcular el número de médicos a encuestar se empleó el **método del parámetro de proporción binomial de la teoría estadística del muestreo** (27); toda vez que corresponde a la naturaleza del problema a resolver, que consiste en escoger una muestra de tamaño “estadísticamente significativa para obtener conclusiones definidas y repetibles”, vale decir, que las conclusiones que se obtengan con ella, serán esencialmente iguales, a las que se hubiesen obtenido si se hubiera encuestado a toda la población médica del hospital, y de otros hospitales homólogos.

Al ser una población muy homogénea la teoría nos autoriza a estimar conservadoramente una proporción **P**, en tanto por ciento (%), de médicos con un razonable buen conocimiento de los Principios de la Bioética y este único parámetro es suficiente, nos dice la teoría, para aplicar las fórmulas estadísticas que nos llevan a calcular la muestra:

Empezamos señalando que la teoría estadística afirma que podemos esperar que el valor real de nuestra proporción **P**, en una muestra de **N** médicos, caiga, con 95% de confianza, en el intervalo:

$$P \pm Z_{1-\alpha/2} \frac{S}{\sqrt{N}}$$

Donde:

P = Valor estimado medio de la proporción de médicos en la muestra con conocimiento bioético adecuado

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ = Valor de la abscisa de la curva Normal, tomada de Tabla correspondiente, que mide el alejamiento del valor promedio esperado de **P** por causa del azar dentro de un margen de error del 5% a ambos lados de la curva simétrica. Un alejamiento mayor desde el valor central, debe interpretarse como debido a causas diferentes del azar, dentro de ese margen de error.

S = Es la desviación estándar esperada del valor de la proporción **P** estimada para la población completa de médicos de las cuatro especialidades bajo estudio (224 personas), mide el grado de dispersión de los valores de **P** alrededor de su promedio

N = Tamaño de la muestra de médicos escogida para realizar la medición

Ahora si tomamos el segundo término de la expresión del intervalo esperado de **P** y lo llamamos **E** (Error esperado en todas las muestras posibles de tamaño **N**) podemos despejar **N**, ya que es la incógnita que estamos buscando:

$$E = Z_{1-\alpha/2} \frac{S}{\sqrt{N}}$$

Y ahora podemos despejar algebraicamente **N**, lo que nos da:

$$N = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 S^2}{E^2}$$

Pero la teoría nos dice que $S = \sqrt{P(1-P)}$ para una población de proporción binomial. Por ello nuestra fórmula queda en definitiva así:

$$N = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 Pq}{E^2}$$

Donde:

P= Estimado de prevalencia de doctores que aprueban el examen, medido en tanto por ciento. Asumimos su valor en solo 5% por seguridad, o sea 0.05 en tanto por uno

q= 1-P, Complemento de la proporción anterior, también en tanto por uno

E= α = 0.05, Margen de error asumido para la estimación. Se aplica la mitad de su valor, o sea 0.025, a cada lado de la curva simétrica Normal

Reemplazando valores en la fórmula calculamos:

$$N = \frac{(1.96)^2 \times 0.05 (1 - 0.05)}{(0.05)^2} = 72$$

Por lo tanto la Muestra debe tener 72 médicos escogidos aleatoriamente del total del hospital para que esta investigación sea coherente y rigurosa. La Teoría estadística que manejamos ahora nos garantiza que cualquier otra muestra similar a la que hemos escogido dará resultados semejantes en el 95% de los casos y las pequeñas diferencias

que pudieran aparecer son atribuibles al efecto del azar manteniéndose invariables las conclusiones del estudio. Esto es consecuencia directa del llamado Teorema Central del Límite de la Estadística, y permite asegurar que la repetición del experimento no variará las conclusiones del trabajo. Siegel Sydney (27) nos dice: “Se insiste en la objetividad porque el método científico requiere que las conclusiones sean alcanzadas por métodos susceptibles de ser repetidos por otros investigadores competentes”. Así, y solo así, queda asegurada la repetibilidad del experimento sin distorsionar los resultados finales, comprobando sobre bases objetivas y firmes los hallazgos.

6.2. División en porcentaje de la muestra

Esta cifra de 72 fue dividida de acuerdo al porcentaje de médicos que laboran en las cuatro especialidades antes mencionadas y cuyo número total es 224. De esta manera se encuestaron a 20 cirujanos generales, 20 médicos internistas, 16 pediatras y 16 médicos Gineco-obstetras.

Los cuestionarios se repartieron al azar entre los médicos que se hallaban en su servicio al momento de la encuesta en días y horas distintos, hasta completar las cifras antes señaladas a fin de asegurar la condición de aleatoriedad de la muestra, exigida por la teoría. Se estuvo presente durante la respuesta a la encuesta. Se les explicó que este era un estudio de investigación anónimo, sin repercusiones laborales, y que tenían un tiempo de 10 a 15 minutos para responder el cuestionario. Se apuntó el tiempo que cada uno de los participantes tomaba en responder el cuestionario. Luego de concluida la encuesta se agradeció la colaboración de los colegas participantes en ella. Se determina en forma arbitraria que el número de respuestas correctas para aprobar el test es de seis, por constituir el 50% de las preguntas relacionadas directamente con cada uno de los principios fundamentales de la Bioética.

6.3. Criterios para elaborar el cuestionario de la muestra

La encuesta es anónima y consiste de trece preguntas. Previamente, se tomaron datos personales, tales como:

Edad:

Sexo:

Nombre de la Universidad donde curso estudios de medicina:

Año de graduación:

Especialidad médica:

Estudios de Post grado:

Magíster:

Doctorado:

Cursos de ética durante sus estudios Universitarios

Estudios de ética luego de concluir su carrera médica

Respecto a las preguntas, estas son trece y se describen brevemente a continuación:

La primera de ellas investiga si el encuestado conoce cuales son los principios fundamentales de la Bioética, y las siguientes doce preguntas son acerca de cada uno de los cuatro principios fundamentales de la Bioética. Así pues, tenemos tres preguntas que evalúan el principio de la Beneficencia, tres preguntas que evalúan el principio de la no maleficencia, tres preguntas que evalúan el principio de autonomía y tres preguntas que evalúan el principio de justicia.

Se escogieron estas trece preguntas después de confeccionar veinte preguntas sobre el tema que fueron validadas, antes de su aplicación, por 3 expertos nacionales sobre el tema.

Los problemas éticos característicos de la atención sanitaria en general, están siendo tratados en diferentes publicaciones. Dentro de ellas tenemos los temas que un eticista latinoamericano de nacionalidad chilena, Miguel Kottow, plantea en su obra (16) donde describe claramente y en forma concisa los principios fundamentales de la Bioética. Todo ello ha servido de base para la elaboración del cuestionario que fue aplicado como instrumento en el presente estudio.

Para la elaboración del cuestionario se efectuaron entrevistas a tres médicos docentes relacionados directamente con la Bioética, ellos son: El Dr. Juan Francisco Rivera Feijoo, médico psiquiatra, profesor asociado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Coordinador de cursos de introducción a la Ética y Bioética Médica, y quien colaboró directamente en su elaboración. El Dr. Juan Alfredo Benavides Zúñiga, cardiólogo, Jefe de la asignatura de Ética y Bioética de la Universidad San Martín de Porres y colaborador del Comité de Vigilancia Ética y Deontología del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, y el Dr. Armando Andamayo Sugasti, médico internista, intensivista, docente en el curso de Ética y Bioética de la Universidad San Martín de Porres.

Al principio se elaboraron 20 preguntas, que figuran en el anexo 1 al presente documento, pero, analizando bien su contenido y su extensión, se vio la necesidad de efectuar modificaciones reduciéndolo y haciéndolo mas conciso y preciso. Para ello se tomaron en cuenta varios factores que influyen en el buen resultado de una encuesta; entre ellos, la poca disponibilidad de tiempo que generalmente poseen los médicos durante la practica hospitalaria; el poco deseo de colaboración de muchos colegas en lo referente a encuestas y la poca disposición a querer participar. Así estas preguntas se redujeron a trece.

6.4 Validación de la Prueba por criterio de expertos

Las últimas consideraciones nos llevan a la importante y delicada cuestión de la validación de la prueba. En las ciencias sociales, y la Medicina es una de ellas, una tarea previa esencial es el validar los instrumentos de investigación con el fin de asegurar que los resultados sean objetivos y rigurosos.

Está claro que esta validación debe hacerse con el concurso de expertos en la especialidad, lo que es una forma de aprovechar el amplio bagaje teórico y la experiencia de estos profesionales al tiempo que se asegura la continuidad del proceso investigativo.

Una validación completa tiene dos momentos:

- Examen de la Concordancia de los expertos
- Examen de la consistencia interna de la prueba o instrumento

La primera mide el grado de acuerdo que existe entre los expertos acerca de la calidad de la prueba que se pretende utilizar y se consigue con la ayuda de otra encuesta especial (Anexo 12.3.) dirigida a los expertos después de que han leído por separado la prueba en cuestión. La segunda mide el grado de coherencia conjunta de las preguntas planteadas en la prueba y se consigue analizando estadísticamente las respuestas de los médicos del HNERM de la muestra seleccionada para la prueba. Este análisis estadístico fue propuesto en 1951 por L. J. Cronbach (26) a fin de “analizar la estructura interna de las pruebas” como el mismo lo dice. Su uso se ha extendido en todo el mundo para muchos tipos de pruebas, particularmente las encuestas psicométricas.

Se seleccionó un conjunto de 3 expertos nacionales en Bioética, los tres indicados en el párrafo anterior, a los que se les remitió el Cuestionario de Validación de la Encuesta a los médicos del HNERM (Anexo 12.3). El resultado fue:

- El instrumento de recolección de datos empleado, la Encuesta de opción múltiple, pasó la prueba de Validez de Cronbach que se aplicó mediante el procedimiento de criterio de expertos. La encuesta se presentó a tres expertos como se indica más arriba interrogándolos sobre el tema mediante un Formulario Ad Hoc o Cuestionario de Validación de la Encuesta que se muestra en el Anexo 12.3.
- Una importante limitación de este instrumento es que el número de personas encuestadas debe ser por lo menos cinco veces al de las preguntas a fin de evitar correlaciones espurias. En nuestro caso se cumple muy bien: $13 \times 5 = 65$ que es inferior a 72, el tamaño muestral
- Los expertos revisaron la encuesta en cuestión y realizaron ciertas observaciones y sugerencias al instrumento, las cuales fueron incorporadas en la redacción final de la misma.

El cuadro Matriz de respuestas se da a continuación junto a los cálculos de los Coeficientes de Cronbach.

Toda respuesta favorable “sí” tiene un punto y la desfavorable “no”, su puntaje es cero.

TABLA DE RESPUESTAS DE LOS EXPERTOS

Preguntas a expertos	1	2	3	Puntaje
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	0	1	1	2
4	1	1	1	3
5	1	1	0	2
6	1	1	1	3
Total	5	6	5	16

- Esta tabla matriz se analizó mediante la siguiente fórmula:

$$b = \frac{Ta}{Ta + Tb} \times 100$$

Donde:

b = Coeficiente de Acuerdo o consenso entre los expertos

Ta = N° total de acuerdos de los expertos (unos).

Tb = N° total de desacuerdos de los expertos (ceros).

Nuestra encuesta obtuvo el siguiente resultado:

$$b = \frac{16}{16 + 2} \times 100$$

$$b = 88.80 \%$$

El resultado de la prueba aplicada nos señala la excelente concordancia entre los expertos ya que 88.80 % es superior al 70% lo cual indica un buen consenso de expertos, según Cronbach.

- La confiabilidad del instrumento fue realizada mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

α = Coeficiente Alfa de Cronbach

k = Número de ítems o preguntas utilizadas en la encuesta, 13

S_i^2 = Varianza de cada ítem (El índice i corre de 1 a k)

S_t^2 = Varianza total de los ítems o preguntas

Para realizar el cálculo se hizo uso de la Tabla de respuestas obtenidas en la Encuesta. La segunda columna de la Tabla registra el promedio de los aciertos de cada especialidad médica (ponderado por el número de integrantes de cada especialidad) y la tercera columna su correspondiente desviación estándar.

Así por ejemplo para la primera pregunta las respuestas correctas fueron 8 en Pediatría o sea 8/16 ponderado; 4 en Gineco-Obstetricia o sea 4/16 ponderado; 6 en Cirugía o sea 6/20 ponderado y 5 en Medicina Interna o sea 5/20 ponderado. El promedio será: $(8/16 + 4/16 + 6/20 + 5/20) / 4 = 0.325$

La D.E. será: $\sqrt{[(0.5 - 0.325)^2 + (0.25 - 0.325)^2 + (0.3 - 0.325)^2 + (0.25 - 0.325)^2] / 12} = 0.103077$

De esa manera se calculan las restantes 12 preguntas y se obtiene la siguiente Tabla:

Número de la Pregunta	Promedio obtenido	Desviación Estándar (Si)
1	0.32500	0.103077
2	0.18125	0.044124
3	0.66875	0.254585
4	0.66875	0.222643
5	0.56250	0.408885
6	0.52187	0.237781
7	0.17187	0.121310
8	0.50937	0.177079
9	0.78125	0.204755
10	0.48125	0.116422
11	0.43125	0.167820
12	0.74687	0.039887
13	0.41562	0.126048
Totales		$\Sigma(Si)^2 = 0.497876$

Y como la Varianza Total, **St**, es 3.665468

El valor del coeficiente de Cronbach, obtenido reemplazando valores en la fórmula, es:

$$\alpha = \frac{13}{12} \left(1 - \frac{0.497876}{3.665468} \right) = 0.936185$$

Este valor de Alpha nos indica que la confiabilidad del instrumento es bastante elevada (0.93>>0.70) y por lo tanto la prueba es internamente consistente y puede ser aplicada para obtener resultados válidos para la investigación médica.

7. RESULTADOS

Los resultados de la investigación se suman a continuación desde la etapa de recuento y tabulación de los datos obtenidos hasta los cálculos y las comprobaciones:

Edad: Las edades de los encuestados fluctúan entre 31 y 67 años de edad.

Promedio: 49 años de edad.

Sexo: 13 mujeres (18%) 59 hombres (82%).

Nombre de Universidad:	Universidad de Trujillo	: 3 médicos
	UNMSM.	: 12 “
	UNIV. Cayetano Heredia	: 2 “
	Villarreal	: 4 “
	No especifica	: 49 “
	SAO Paulo (Brasil)	: 1 “
	San Agustín	: 1 “

49 no especificaron, de ellos 23 simplemente no respondieron

Año de Graduación:

El año de graduación fluctúa entre 1964 – 1998

Graduado en:

1964	Tienen en promedio 67 años de edad.
1998	Tienen en promedio 34 años de edad.
De los Pediatras	: 7 (44%) tienen el grado de magíster y 1 (6%) tiene el grado de doctor.
De los Gineco-Obstetras	: 7 (44%) tienen el grado de magíster 1 (6%) tienen el grado de doctor.
De los Cirujanos	: 12 (60%) tienen el grado de magíster 5 (25%) tienen el grado de doctor.
De los médicos Internistas	: 8 (40%) Tienen grado de magíster 2 (10%) Tienen el grado de doctor.

Cursos de ética:

Universidad	Pre grado	Post grado
Pediatras	6 (38%)	5 (31%)
Gineco-obstetras	6 (38%)	8 (50%)
Cirujanos	10 (50%)	6 (30%)
Internistas	5 (25%)	8 (40%)

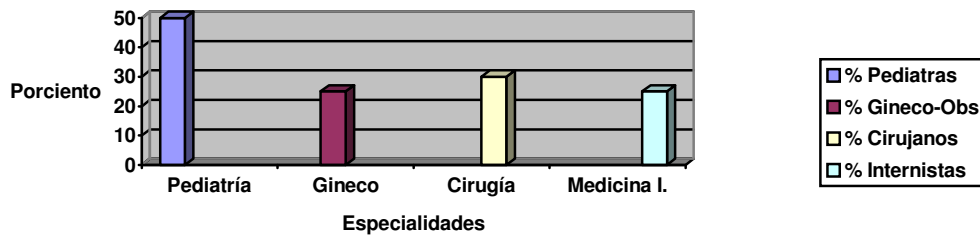
Los resultados de la encuesta fueron los siguientes:

Primera pregunta: ¿Cuáles son los principios fundamentales de la bioética?

Respondieron correctamente:

<u>Pediatría</u>	<u>Gineco-obstetricia</u>	<u>Cirugía</u>	<u>Medicina</u>
8 (50%)	4 (25%)	6 (30%)	5 (25%)

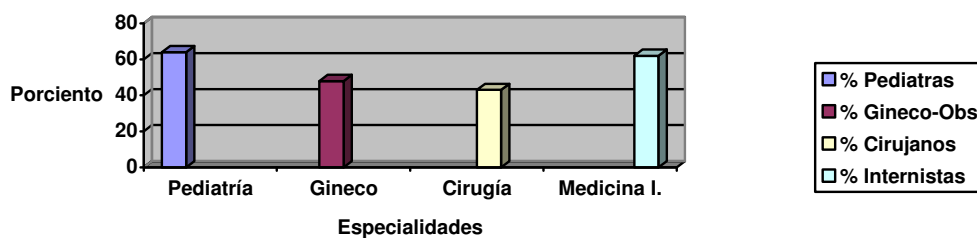
Porcentaje de Aciertos (1)



Preguntas sobre el principio de Justicia: (2, 3,9)

	<u>Pediatría</u>	<u>Gineco-obstetricia</u>	<u>Cirugía</u>	<u>Medicina</u>
Pregunta 2 respondieron:	4 (25%)	2 (13%)	4 (20%)	3 (15%)
Pregunta 3 respondieron:	13 (81%)	9 (56%)	8 (40%)	18 (90%)
Pregunta 9 respondieron:	14 (87%)	12 (75%)	14 (70%)	16(80%)
Promedio de % respuesta	64%	48%	43%	62%

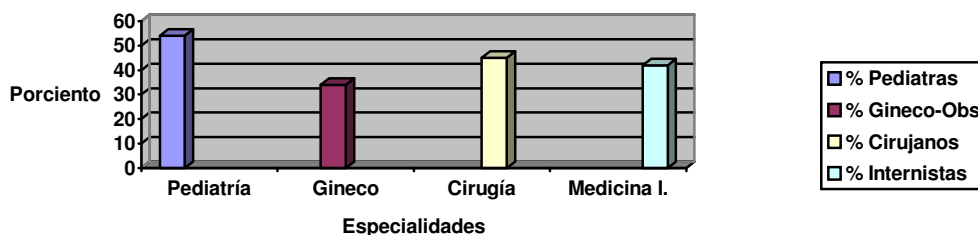
Porcentaje de Aciertos (2,3,9)



Preguntas sobre el principio de Beneficencia (4, 11,13)

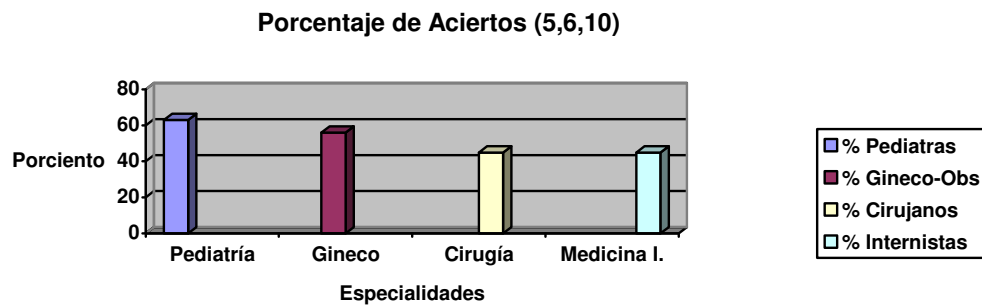
	<u>Pediatría</u>	<u>Gineco-obstetricia</u>	<u>Cirugía</u>	<u>Medicina</u>
Pregunta 4 respondieron:	9 (56%)	6 (38%)	8 (40%)	10(50%)
Pregunta 11 “	10 (63%)	4 (25%)	7 (35%)	10(50%)
Pregunta 13 “	7 (44%)	6 (38%)	12 (60%)	5(25%)
Promedio de % respuesta	54%	34%	45%	42%

Porcentaje de Aciertos (4,11,13)



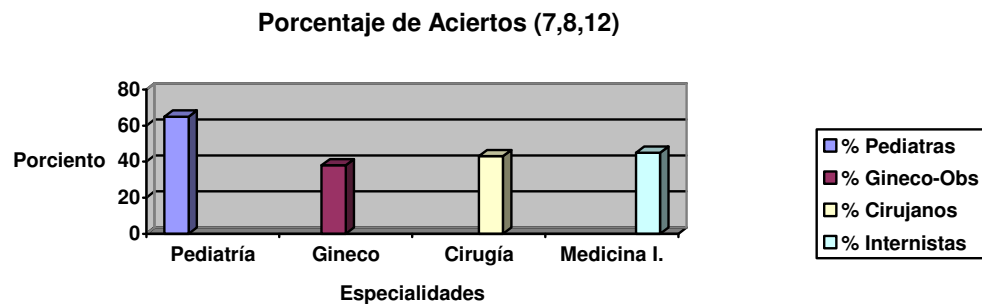
Preguntas sobre el principio de no Maleficencia (5, 6,10)

	<u>Pediatría</u>	<u>Gineco-obstetricia</u>	<u>Cirugía</u>	<u>Medicina</u>
Pregunta 5 respondieron:	12 (75%)	8 (50%)	8 (40%)	12 (60%)
Pregunta 6 “	10 (63%)	9 (56%)	9 (45%)	9 (45%)
Pregunta 10 “	8 (50%)	10 (63%)	10 (50%)	6 (30%)
Promedio de % respuesta	63%	56%	45%	45%



Preguntas sobre el principio de autonomía (7, 8,12)

	<u>Pediatría</u>	<u>Gineco-obstetricia</u>	<u>Cirugía</u>	<u>Medicina</u>
Pregunta 7 respondieron:	6 (38%)	1 (6%)	3 (15%)	2 (10%)
Pregunta 8 respondieron	13 (81%)	6 (38%)	8 (40%)	9 (45%)
Pregunta 12 respondieron:	12 (75%)	11 (69%)	15 (75%)	16 (80%)
Promedio de % respuesta	65%	38%	43%	45%



Ordenando los datos de mayor a menor para apreciar **a los que destacan** se tiene que:

Pediatría tiene mayor porcentaje de respuestas correctas:

Pediatría : 59%

Gineco-Obstetricia : 40%

Cirugía : 36%

Medicina : 49%

Preguntas sobre principios fundamentales de bioética.

1ro.	Pediatría	: 50%
2do.	Cirugía	: 30%
3ro.	Gineco-obstetricia y Med.	: 25%

Preguntas sobre principios fundamentales de justicia

1ro.	Pediatría	: 64%
2do.	Medicina	: 62%
3ro.	Gineco-obstetricia	: 48%
4to.	Cirugía	: 43%

Preguntas sobre principios fundamentales de beneficencia.

1ro.	Pediatría	: 54%
2do.	Cirugía	: 45%
3ro.	Medicina	: 42%
4to.	Gineco-obstetricia	: 34%

Preguntas sobre principio fundamentales de no maleficencia

1ro.	Pediatría	: 63%
2do.	Gineco-obstetricia	: 56%
3ro.	Cirugía y Medicina	: 45%

Preguntas sobre principios fundamentales de autonomía.

1ro.	Pediatría	: 65%
2do.	Medicina	: 45%
3ro.	Cirugía	: 43%
4to.	Gineco-obstetricia	: 38%

Promedios porcentuales de los principios respondidos:

Justicia	: 54%
Beneficencia	: 44%
No maleficencia	: 52%
Autonomía	: 48 %

Esta es la distribución de las respuestas correctas en el estudio:

29.17% tuvo de 2 a 3 respuestas correctas, 30.55% tuvo de 4 a 5 respuestas correctas, 18.06% tuvo de 6 a 8 respuestas correctas y 22.22% tuvo más de 8 respuestas correctas. Como se señaló en material y métodos, era necesario un total de 6 respuestas correctas para aprobar el test. Basados en esta regla solo 40.28 % (n=29) lograron aprobar el test. El número máximo de respuestas correctas alcanzadas por los encuestados fue de 11 (n=3; 4.17%) mientras que el mínimo número de respuesta correctas fue de 2 (n=2; 2.78%)

59.72% (n = 43) fueron desaprobados

8. DISCUSIÓN

Analizando los resultados del presente trabajo hallamos lo siguiente:

- No se encontró diferencia estadísticamente significativa en lo referente al sexo, estudio de maestría, doctorado ó historia de estudios de ética como post - grado respecto al conocimiento bioético Esta situación puede ser debida a que los médicos que laboran en un Hospital nivel IV, tienen una antigüedad en el ejercicio de la profesión médica de más de 15 años y durante su etapa de formación en pre-grado no recibieron enseñanzas en cursos de ética y bioética. En los más jóvenes puede atribuirse a que aún no se interesan por este tema de manera teórica ya que tienen otras prioridades de aprendizaje.
- Los únicos dos factores estadísticamente significativos asociados a mayor probabilidad de aprobar el examen fueron:
 - a) El tipo de especialidad.
 - b) El antecedente de estudio de ética en el pre-grado.

En cuanto al primero, tipo de especialidad, tomando a medicina como base comparativa se encontró que pediatría era la única especialidad cuyos médicos tenían mayor capacidad para aprobar el examen, que los de las otras especialidades. Cabe notar que la mayoría de los pediatras encuestados al azar han llevado cursos de bioética en el pre-grado.

- Aquellos sujetos que afirmaron tener estudios de pre-grado en ética también tuvieron un desempeño significativamente mejor en el examen que aquellos quienes afirmaron no tener estudios de ética en pre-grado.
- Analizando el resultado de las preguntas relacionadas directamente con las cuatro principios fundamentales de la Bioética, encontramos que las preguntas acerca del principio de justicia son los que tuvieron el mayor número de aciertos, con un 54%; seguidas muy de cerca de las preguntas acerca del principio de no maleficencia con un 52%. Le siguen a continuación en cuanto a respuestas correctas, las preguntas respecto al principio de autonomía con un 48% y por ultimo las preguntas acerca del principio de beneficencia con un 44% de aciertos.

Vemos pues que entre los encuestados de las cuatro grandes especialidades médicas, con estudios de Bioética o sin ellos, se tiene mayor conciencia y conocimiento de los dos principios fundamentales catalogados como de primer nivel como son la no maleficencia y la justicia que los principios de autonomía y beneficencia considerados como de 2do. nivel según Diego Gracia. Esto puede ser debido a que desde el inicio de la profesión médica, el médico ha tenido en mente el principio de “Primum Non Nocere” (no maleficencia), y que a medida que ha evolucionado la medicina y sus avances tecnológicos, se trata en lo posible de darle lo mejor a todos en forma equitativa (justicia).

Nuestros resultados, además, podrían ser útiles como válidos, dentro del margen de confianza de 95%, para otros hospitales de nivel IV ya que esta investigación cumple a cabalidad el Principio fundamental de la ciencia que es la **repetibilidad de la prueba** en condiciones análogas. Este es el sentido de todas las comprobaciones de validez y confiabilidad que se han empleado en este trabajo, y también del cálculo cuidadoso y riguroso del tamaño de la muestra con arreglo a la

Teoría del muestreo estadístico, que nos garantiza esta repetibilidad si se cumplen sus normas.

9. CONCLUSIÓN

- El conocimiento de la bioética y sus principios fundamentales en los médicos que laboran en un Hospital Nacional nivel IV es **insatisfactorio** ya que el promedio total de respuestas acertadas llega a solo 46% en una prueba sencilla de tipo de opción múltiple validada. 59.72% fueron desaprobados.

10. RECOMENDACIONES:

Luego de efectuado el estudio de investigación acerca de los conocimientos de los principios fundamentales de la bioética entre los médicos de un Hospital Nacional nivel cuatro, podemos efectuar las siguientes recomendaciones a fin de que sean considerados en la Planificación Estratégica de EsSALUD:

1. Es necesaria la constante actualización de los médicos asistentes, jefes de servicio y jefes de departamento de todas las especialidades, en temas de ética y bioética.
2. Efectuar tareas de divulgación de la Bioética y sus principios fundamentales entre todos los médicos de EsSalud de modo constante.
3. Explorar el Tema en otros hospitales, multiplicando las investigaciones en este campo para identificar factores que atentan contra una práctica médica óptima en nuestro medio.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aristóteles. *Ética Nicomáquea* Editorial Grados, S. A. Madrid; 1998. 1ra. Edición 1985. Reimpresión.
2. Balmes L., Jaime. *Tratado General de Ética*. Corporación editora Chirre S. A Lima. Primera edición. 2004..
3. Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York Oxford University Press 2001.
4. Borry Pascal, Schotsmans Paul and Dierickx Kris. The Birth of the empirical Turn in Bioethics. *Bioethics* Issn 0269 – 9702(print): 1947- 8519 (on-line) volume 19 number 1; 49 –71. 2005.
5. Calero Pérez, Mavilo. *Ética Profesional*. Editorial San Marcos Primera Edición Lima, 2004.
6. Couceiro, Azucena (E: D) *Bioética para Clínicos*, 1ra. Edición, Triacastela - Madrid 1990.
7. *Diccionario de la Real Academia Española*, XXI Edición, Madrid, 1990
8. *Diccionario Enciclopédico Larousse*. Bogotá, 1998.
9. Engelhardt HT. *Los Fundamentos de la Bioética*. Paidós, Barcelona, 1995.
10. Gracia, Diego. *Bioética Clínica*. 1ra. Edición Editorial el Búho Ltda. Santa Fe de Bogota, D.C. Colombia. 1998.
11. Gracia, D. *Historia de la Ética Médica*, en *Ética y Medicina*, Vilardell F. (Editor). Espasa Calpe S. A. Madrid, 1998.
12. Gracia, D. *La Practica de la Medicina*. *Medicine*. Feb: 3:3-10, 1992.
13. Gracia, D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1991.
14. Hernández, G., Alvarado R., Matus P., Pérez C. Estudio descriptivo. De la Relación Médico Paciente. *Rev. Médica Chile*; 113: 732 –7. 1985.

15. Jonsen A.R. The birth of bioethics. Oxford. Oxford University Press. 1998.
16. Kottow, Miguel. Introducción a la Bioética. Sudamericana. Santiago de Chile, 1995
17. Lolas, Fernando. Bioética, El Dialogo Moral en las Ciencia de la vida. Editorial Universitaria S. A. Santiago de Chile, 1998.
18. Lolas S., Fernando. Bioética y Medicina Aspectos de una relación. ED. Biblioteca Americana, Santiago de Chile, 2002.
19. Patrao Neves, Maria Docéu. Fundamentación Antropológica de la Bioética: expresión de un Nuevo Humanismo Contemporáneo. Bioética. Universidad Dos Asores Departamento de Filosofía. Asores Portugal. 1992
20. Royes Ioui, Albert. Comentarios al libro Los Fundamentos de la Bioética de Hugo Tristán Engelhardt. Rev. Calidad asistencial, 18 (7) 2003.
21. Sánchez Gonzáles, Miguel Angel. Historia y Métodos de la Medicina: La Introducción al pensamiento médico. Masson S. A. Barcelona, 1998.
22. Singer, P. Ética Práctica, segunda edición. Cambridge University Press, Cambridge, 1995.
23. Singer, P., Pellegrino E. & Siegler M. Research in Clinical Ethics. Journal of Clinical Ethics: 2: 95 - 99. 1990.
24. Slote, M. Task of Ethics. Encyclopedia of Bioethics. W. Reich, Ed. New York. Simon & Schuster: 720- 727. 1995.
25. Soto Paco Rogelio. Ética. La Mejor Estrategia para lograr el éxito. Editora Palomino E.I.R.L. Lima, 2004.

Textos sobre Estadística y Pruebas de Cuestionarios:

26. Cronbach L. J. Coefficient Alpha and the internal structure of Tests. Psychometrics; 16: 297-333 , 1951.
27. Siegel Sydney. Estadística no Paramétrica. Editorial Trillas, México, 1972

12. ANEXOS:

Anexo 12.1

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA

Edad :

Sexo :

Universidad en la que se graduó de médico cirujano.

Fecha de graduación:

Cargo que desempeña en el Hospital:

¿Ha tenido estudios de ética médica durante su formación universitaria? SI () NO ()

¿Ha recibido cursos de ética médica en alguna ocasión a lo largo de su carrera médica?
SI () NO ().

¿Le interesaría seguir algún curso de ética médica? SI () NO ().

¿Piensa que conoce bien lo que es ética médica? SI () NO ().

¿Piensa que la actualización en conocimientos de ética médica le serian útiles? SI ()
NO ().

1. Los cuatro principios de la ética médica, que en realidad no tienen el carácter de verdades absolutas sino más bien de normas generales y que han sido elaboradas por la escuela “principalista” norteamericana, son:

a.

b.

c.

d.

2. El principlismo reconoce el riesgo de no poder, siempre, respetar los cuatro principios básicos y de tener que tolerar (complete la frase con la mejor opción):

- a. La solución de problemas con la buena intención del médico.
- b. La imposibilidad de hacer planteamientos éticos.
- c. Ocasionales conflictos entre los principios.
- d. Confiar en la formación moral del individuo en su núcleo familiar.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

3. Además de los principios de la ética pragmática o utilitarista, la ética médica actual tiene como otro fundamento general a:

- a. Deontología.
- b. La ciencia.
- c. La legislación vigente.
- d. La justicia penal.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

4. El Código de Ética y Deontología vigente del Colegio Médico Peruano recurre más a:

- a. La aplicación de la deontología.
- b. La aplicación de principios de acuerdo a la situación médica específica.

- c. La aplicación de normas que ya tienen previstas las inconductas del médico.
- d. La buena intención del médico bien capacitado profesionalmente.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

5. El fuero de la ética deja su lugar al fuero legal (civil o penal) cuando:
- a. El paciente hace una demanda.
 - b. La transgresión es del código deontológico.
 - c. Cuando el caso se halla tipificado como delito.
 - d. Cuando no se cuenta con un comité de ética y deontología.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

6. El acto médico ha de ser benéfico para:
- a. El paciente.
 - b. El agente de salud.
 - c. El paciente y su familia.
 - d. Tanto para el paciente como para el agente de salud.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

7. El paciente es quién más necesita de la adecuada y benéfica ejecución de la acción de salud, porque:
- a. Es deber del médico velar por sus pacientes.
 - b. El paciente es el miembro más débil de la relación que se está pactando.
 - c. Es quien paga, directa o indirectamente, los honorarios del profesional.
 - d. La base del trabajo médico es la existencia de pacientes.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

8. ¿Por qué un acto es éticamente más adecuado cuando beneficia al más débil ó necesitado que al ejecutor de la acción?
- a. Porque esa es la esencia del humanitarismo.
 - b. Porque el paciente se siente bien cuando su salud se restablece.
 - c. La realización de un bien, ó la satisfacción de un necesidad es más valiosa para el recipiente que para el ejecutor.
 - d. Porque el paciente espera que el médico restablezca su salud.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

9. El resultado del acto médico es más valioso cuando:
- a. Genera una mayor satisfacción personal en quien realiza el tratamiento.
 - b. Se aplica una tecnología más evolucionada.
 - c. No conlleva interés personal en el médico.
 - d. El beneficio es más abundante y menos oneroso en términos de riesgos y costos.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....
.....
.....

10. La afirmación de que “Aunque un acto no beneficie puede ser éticamente positivo en la medida en que evite daños”, se corresponde con:

- a. El principio de no maleficencia.
- b. El idealismo médico.
- c. El principio de beneficencia.
- d. La doctrina que valora la intención de los actos antes que sus resultados.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....
.....
.....

11. La cualidad que evita accidentes y errores y así tiene la virtud ética de no ser maleficente es:

- a. El cumplimiento de los deberes con la profesión.
- b. El no abandonar a los pacientes.
- c. La buena capacitación profesional.
- d. La prudencia.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....
.....
.....

12. Si al dejar de hacer una acción de salud se desencadena o arriesga una situación lesiva, la omisión es moralmente reprobable y constituye una falla a:

- a. Los deberes esenciales del médico.
- b. La voluntad de hacer algo bueno para el paciente (beneficencia).
- c. El principio de no maleficencia.
- d. La precaución que el médico bien capacitado debe aplicar.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

13. El principio de no maleficencia cobra importancia para el análisis ético de una acción médica, cuando:

- a. El riesgo de lesionar es inseparable de un acto moralmente prescrito según otro principio.
- b. Hay discrepancia sobre lo que es dañino.
- c. Se trivializa el daño provocado (no se reconoce la real importancia del daño).
- d. Todas las anteriores son ciertas.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

14. ¿Quién puede identificar mejor el significado y acusar la gravedad de una enfermedad?

- a. El paciente adulto, consciente e informado.
- b. El médico que lo atiende.
- c. La junta médica que examina el caso.
- d. Todas las anteriores son ciertas.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

15. ¿A quien le corresponde más el evaluar si la omisión o la negativa a ejecutar un acto de salud tiene consecuencias tolerables o un riesgo sustentable?

- a. El paciente adulto, consciente e informado.
- b. El médico que lo atiende.
- c. La junta médica que examina el caso.
- d. Todas las anteriores son ciertas.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

16. El principio de autonomía tiene supremacía sobre otros principios en algunas escuelas de ética médica, En este contexto se autoriza que todo ser humano mentalmente competente pueda decidir libremente:

- a. Aunque atente a sus propios intereses.
- b. Que exclusivamente favorezcan a sus propios intereses.
- c. Que apoyen las decisiones médicas.
- d. Tanto b como c son ciertas.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

17. ¿Quiénes son los más limitados en su libertad y por tanto tienen carencia de autonomía?

- a. Los pacientes y las minorías.
- b. Los discapacitados.
- c. Los discriminados y débiles.
- d. Todas son ciertas.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

18. La justicia describe preferentemente la relación entre grupos sociales enfatizando:

- a. La igualdad de las oportunidades para acceder a bienes considerados comunes.
- b. La equidad en repartición de recursos y bienes considerados comunes.
- c. La sanción a quien cometa actos que contravienen a la ley.
- d. Tanto a como b son ciertas.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

19. La justicia ocupa un rol más protagónico en el análisis de cuestiones éticas no medicas que médicas en casos como:

- a. Legalización del aborto.
- b. Programas de investigación que potencialmente alteran los biosistemas.
- c. Políticas económicas y destinación de recursos.
- d. Tanto b como c son ciertas.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

20. Un criterio de justicia reconocido como válido en diversas escuelas éticas es:

- a. Una distribución de acuerdo a las necesidades.
- b. La distribución de acuerdo a los méritos.
- c. La distribución de acuerdo a igualdad de lo que se distribuye.
- d. Lograr un mínimo indispensable (descent minimun) de salud para todos.

Argumente el motivo de la respuesta elegida:

.....

.....

.....

Anexo 12.2.

ENCUESTA ANONIMA SOBRE BIOÉTICA

Edad :

Sexo :

Nombre de la Universidad donde curso estudios de medicina:

Lima () Provincia () Extranjero ()

Universidad Nacional () Universidad Privada ()

Año de Graduación :

Especialidad Médica :

Médico General : si () no ()

Médico Especialista: si () no ()

Estudios de Post Grado:

Magíster . Si () no ()

Doctorado : si () no ()

Ha tenido cursos de Etica durante sus estudios universitarios : si () no ()

Ha cursado estudios de Etica luego de concluida su carrera médica: si () no ()

Si es afirmativo cuantas horas académicas ()

Solo una respuesta es correcta. Márquela con una X

- 1) Los principios fundamentales de la Bioética son:
 - a) No hacer daño, justicia, colaboración, autonomía.
 - b) No Maleficencia, Beneficencia, colaboración, justicia.
 - c) Autonomía, Beneficencia, justicia, No Maleficencia.
 - d) Justicia, colaboración, no hacer daño, distribución.

- 2) El Código de Ética y Deontología vigente del Colegio Médico Peruano recurre más a:
 - a) La aplicación de la deontología.
 - b) La aplicación de principios de acuerdo a la situación médica específica.
 - c) La aplicación de normas que ya tienen previstas las inconductas del médico.
 - d) La buena intención del médico bien capacitado profesionalmente.

- 3) El fuero de la ética deja su lugar al fuero legal (civil o penal) cuando:
 - a) El paciente hace una demanda.
 - b) La trasgresión es del código deontológico.
 - c) Cuando el caso se halla tipificado como delito
 - d) Cuando no se cuenta con un comité de ética y deontología.

- 4) ¿Por qué un acto es éticamente más adecuado cuando beneficia al más débil o necesitado que al ejecutor de la acción?
 - a) Porque esa es la esencia del humanitarismo.
 - b) Porque el paciente se siente bien cuando su salud se restablece.
 - c) Porque la realización de un bien, ó la satisfacción de una necesidad es más valiosa para el recipiente que para el ejecutor.
 - d) Porque el paciente espera que el médico restablezca su salud.

- 5) La afirmación de que "Aunque un acto no beneficie puede ser éticamente positivo en la medida en que evite daños", se corresponde con:
- a) El principio de No Maleficencia.
 - b) El idealismo médico.
 - c) El principio de beneficencia.
 - d) La doctrina que valora la intención de los actos antes que sus resultados.
- 6) La cualidad que evita accidentes y errores y así tiene la virtud ética de no ser maleficente es:
- a) El cumplimiento de los deberes con la profesión.
 - b) El no abandonar a los pacientes.
 - c) La buena capacitación profesional.
 - d) La prudencia.
- 7) ¿Quién puede identificar mejor el significado y valorar la gravedad de una enfermedad?
- a) El paciente adulto, consciente e informado.
 - b) El médico que lo atiende.
 - c) La junta médica que examina el caso.
 - d) La Enfermera de Sala de Hospitalización.
- 8) El principio de Respeto (ó de Autonomía) tiene supremacía sobre otros principios en algunas escuelas de ética médica. En dichos contextos se autoriza que todo ser humano mentalmente competente pueda decidir libremente, aunque:
- a) Atenden a sus propios intereses.
 - b) Exclusivamente favorezcan a sus propios intereses.
 - c) Apoyen las decisiones médicas.
 - d) Solo apoyen a la Junta Médica.
- 9) La justicia describe preferentemente la relación entre grupos sociales enfatizando:
- a) La igualdad y equidad de las oportunidades para acceder a bienes considerados comunes.

- b) La equidad en repartición de recursos y bienes especiales.
 - c) La sanción a quien cometa actos que contravienen a la ley.
 - d) El seguimiento parcial de las leyes establecidas.
- 10) Si al dejar de hacer una acción de salud se desencadena o arriesga una situación lesiva, dicha omisión:
- a) No es tan perjudicial como lo es una acción de efectos lesivos.
 - b) Es un descuido del mandato Primero No Hacer Daño.
 - c) Falta al principio de dar atención equitativa o justa a todos los pacientes.
 - d) No debe ser sancionada.
- 11) El paciente es quien más necesidad tiene de la adecuada y benéfica ejecución de la acción de salud, porque:
- a) Es deber del médico velar por sus pacientes.
 - b) El paciente es el miembro más débil de la relación que se está pactando.
 - c) Es quien paga, directa o inmediatamente los honorarios del profesional.
 - d) La base del trabajo médico es la existencia de pacientes.
- 12) Marque la opción más adecuada:
- El consentimiento informado posibilita al paciente adulto dueño de su voluntad y en el ámbito clínico:
- a) Rechazar el tratamiento.
 - b) Consentir el tratamiento.
 - c) Solicitar atención médica integral.
 - d) Aceptar o rechazar los procedimientos e intervenciones médicas.
- 13) El acto médico ha de ser benéfico para:
- a) El paciente
 - b) El médico tratante.
 - c) El paciente y su familia.
 - d) Tanto para el paciente como para el médico tratante.

Anexo 12.3.

FORMULACIÓN AD - HOC PARA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA POR LOS
EXPERTOS MEDICOS EN BIOETICA

SR(A) EXPERTO:

1. ¿Considera Ud. que el presente formulario ad hoc para el estudio del grado de conocimiento de la Bioética por los médicos del HNERM permitirá lograr los objetivos de la investigación?

SÍ ☐

NO ☐

1.1 Observaciones y sugerencias:

.....
.....

2. ¿Considera que las preguntas sobre los Principios fundamentales de la Bioética son las convenientes?

SÍ ☐

NO ☐

2.1 Observaciones y sugerencias:

.....
.....

3. ¿Considera que las preguntas sobre la Ética y la Deontología médicas son los convenientes?

SÍ ☐

NO ☐

3.1 Observaciones y sugerencias:

.....
.....

4. ¿Considera que las preguntas sobre la Beneficencia y Maleficencia de los actos médicos son las convenientes?

SÍ ☐

NO ☐

4.1 Observaciones y sugerencias:

.....
.....

5. ¿Considera que las preguntas sobre la Autonomía del paciente y la Justicia del médico son las convenientes?

SÍ ☐

NO ☐

5.1 Observaciones y sugerencias:

.....
.....

6. ¿Considera que las preguntas sobre los criterios acertados para la acción del médico son las convenientes?

SÍ ☐

NO ☐

6.1 Observaciones y sugerencias:

.....
.....

FIRMA

Nombres y Apellidos:

Especialidad: